



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **SYÖPÄPOTILAAN DNR- PÄÄTÖS HOITAJAN NÄKÖKULMASTA**

Jessica Heikkilä

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JESSICA HEIKKILÄ:

Syöpäpotilaan DNR- päätös hoitajan näkökulmasta

Opinnäytetyö 39 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Lokakuu 2015

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan DNR- päätöksestä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä osastolla. Tavoitteena oli lisätä tietoa DNR- päätöksestä hoitotyössä ja kehittää saadun tiedon avulla syöpäpotilaan hoitotyötä osastolla. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten DNR- päätös tehdään ja mitä kehittämisehdotuksia päätöksen tekemiseen on. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella menetelmällä. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeella osastolla työskenteleviltä hoitajilta ja vastauslomakkeet (n. 19) analysoitiin sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät tärkeänä DNR- päätöksen ja hoitolinjauksen tekemistä, koska ne selkiyttivät hoitotyötä. DNR- päätös auttoi hoitajaa keskittymään oireenmukaiseen hoitoon ja potilaan henkiseen tukemiseen. Tuloksien mukaan päätöksen tekemiseen osastolla liittyi ongelmia. Hoitajien mukaan päätös tehtiin pääsääntöisesti liian myöhään ja aktiivinen hoito jatkui liian pitkään. DNR- päätöksestä ei keskusteltu riittävästi potilaan ja omaisten kanssa. Hoitajien mielestä lääkäreillä ja hoitajilla oli erilaiset näkemykset päätöksestä. Hoitajat olisivat aikaisemmin valmiita tekemään potilaalle DNR- päätöksen. Hoitajat ehdottivat hoitoneuvotteluiden lisäämistä, koska niissä voitaisiin keskustella hoitoon liittyvistä päätöksistä potilaan ja omaisten kanssa. Hoitajat halusivat myös keskustelua enemmän hoitajan ja lääkärin välille. Lääkärin täytyisi ottaa hoitajan näkemys potilaan voinnista huomioon päätöksiä tehdessään. Hoitajien mielestä potilaan tulisi saada enemmän tietoa omasta sairaudestaan ja palliatiivinen hoito tulisi aloittaa aikaisemmin.

Johtopäätöksenä ilmeni, että DNR- päätös tehdään liian myöhään. Huonokuntoiselle syöpäpotilaalle pitäisi tehdä DNR- päätös hyvissä ajoin sekä ottaa palliatiivinen hoito mukaan jo aktiivihoidon rinnalle. Jatkotutkimusehdotuksena olisi kvalitatiivista menetelmää käyttäen kuvata lääkäreiden kokemuksia DNR- päätöksestä, koska DNR- päätöksen tekeminen on lääkärin vastuulla. Se toisi lisää tietoa ja voitaisiin verrata hoitajien ja lääkäreiden näkökulmia DNR- päätöksestä.

Asiasanat: syöpäpotilas, DNR- päätös

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

JESSICA HEIKKILÄ:

Cancer Patient's Do Not Resuscitate-Decision from Nurses's Viewpoint

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 3 pages  
October 2015

---

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of a Do Not Resuscitate-decision. The objective was to yield information on about the DNR- decision and especially improve the nursing of a cancer patient with the results of this study. This study was conducted at a hospital ward in Pirkanmaa Hospital District.

This study applied the qualitative research method. The data were collected with questionnaires from the nurses who worked at the ward. There were a total of 19 responses and the data were analyzed by means of a qualitative content analysis.

The nurses stated that making the DNR- decision was important because it clarified the treatment plan and helped to face the patient and their relatives. When the DNR- decision was made, nurses could focus on the palliative care and mental support of the patient. The results revealed that nurses thought that the DNR- decision was made too late and active treatment was continued too long. Decision making process could be improved with better treatment consultations with the patient and the relatives. Nurses wanted that the physicians should consider more about the nurses' opinion on the DNR-decision.

As a result of this study the DNR –decisions were made too late. The DNR –decision should be made well in advance especially for a seriously diseased patient and the palliative treatment should be done already together with the active treatment.

---

Key words: cancer patient, DNR- decision

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Syöpäpotilas.....	7
3.2	DNR- päätös .....	8
3.3	Hoitotahto .....	10
3.4	Palliativinen hoito ja saattohoito .....	12
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKODAT .....	17
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä.....	17
4.2	Aineistonkeruu.....	18
4.3	Sisällönanalyysi .....	19
5	TULOKSET .....	22
5.1	DNR- päätöksen tekeminen .....	22
5.1.1	DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä.....	22
5.1.2	Ristiriidat DNR- päätöksessä .....	23
5.2	DNR- päätöksen kehittämis ehdotukset.....	26
5.2.1	DNR- päätös.....	27
5.2.2	Hoitolinjaus .....	28
6	POHDINTA.....	29
6.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	29
6.2	Tulosten pohdinta .....	30
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	31
6.4	Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	32
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET .....	37
	Liite 1. Saate.....	37
	Liite 2. Kyselylomake .....	38
	Liite 3. Sisällön analyysi .....	39

## 1 JOHDANTO

Syöpää sairastavien potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti Suomessa. Vuonna 2009 Suomen syöpärekisterin mukaan todettiin 29 000 uutta syöpätapausta. Naisilla yleisin syöpä on rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä. Vuosittain syöpään kuolee noin 11 000 suomalaista. Luku on pysynyt pitkään samana. (Pukkala, Santala & Rautalahti 2011, 28.)

Syövän hoito voidaan jakaa neljään eri hoitolinjaan, jotka ovat kuratiivinen eli parantava hoito, syövän etenemistä jarruttava hoito, palliatiivinen eli oireenmukainen hoito ja saattohoito. Hoitolinjauskeskustelu käydään potilaan ja mahdollisesti myös omaisten kanssa. Sairauskertomukseen kirjataan hoidon linjaus ja potilaan kanssa käyty keskustelu. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on lievittää ja ehkäistä fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja eksistentiaalista eli olemassa olevaa kärsimystä. (Saarto 2013, 915.) Palliatiivista hoitoa annetaan silloin, kun sairautta ei voida enää parantaa aktiivisella hoidolla. Palliatiivinen hoito lievittää oireita ja sen tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliatiivinen hoito voi kestää pitkään, jopa vuosia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito- potilasversio 2012.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, mutta se ajoittuu lähemmäksi kuolemaa, viimeisten viikkojen ja päivien läheisyyteen (Saarto 2013, 915). DNR tulee sanoista ”do not resuscitate”, joka tarkoittaa lääketieteellistä päätöstä elvyttämättä jättämisestä. Potilaalle voidaan tehdä DNR- päätös, kun hänen perussairautensa ovat vaikeita ja kun elvytyksestä tuskin olisi apua. Päätöksen tekee lääkäri. (Valvira 2008.)

Opinnäytetyön aihe oli syöpäpotilaan DNR- päätös hoitajan näkökulmasta ja se tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan DNR- päätöksestä. Työelämän edustajien mielestä aihe oli tärkeä ja he halusivat kehittää syöpäpotilaan hoitotyötä. Oma kiinnostukseni aiheeseen heräsi, koska olen kiinnostunut erityisesti syöpäpotilaan hoitotyöstä sekä palliatiivisesta hoidosta.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia DNR- päätöksestä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä syöpää sairastavien osastolla.

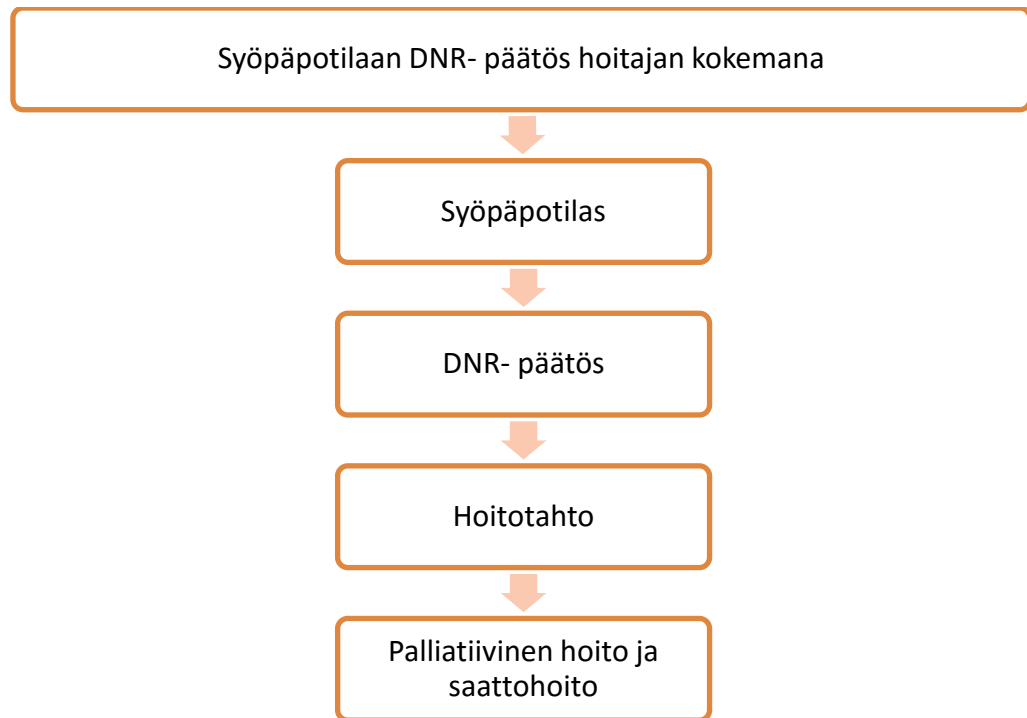
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Miten DNR- päätös tehdään?
2. Mitä kehittämissuhteita DNR- päätöksen tekemiseen on?

Opinnäytetyön tavoite on lisätä tietoa DNR- päätöksestä hoitotyössä ja kehittää saadun tiedon avulla syöpäpotilaan hoitotyötä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kuvio 1 havainnollistaa opinnäytetyön keskeiset käsitteet, joita ovat syöpäpotilas, DNR- päätös, hoitotahto, palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käsitteet muodostuivat kirjallisuudesta ja työelämän edustajien kanssa pidetyn palaverin perusteella.



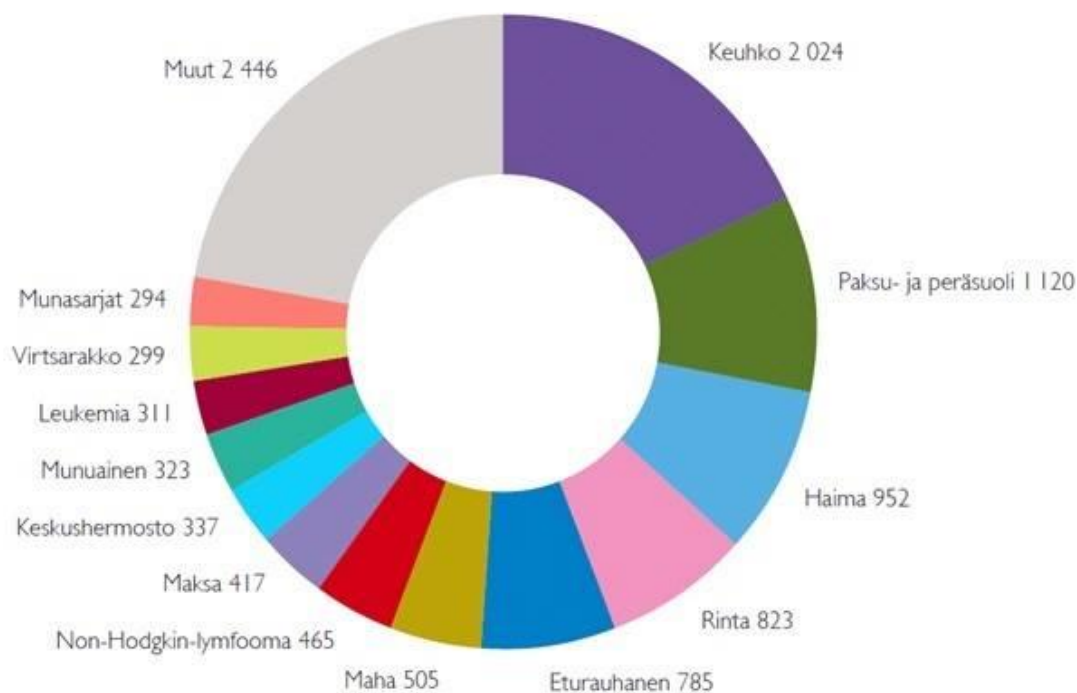
KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

#### 3.1 Syöpäpotilas

Kasvainsairauksilla tarkoitetaan yleensä solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, mikä on haitallista ja epätarkoituksenmukaista. Kasvaimia voidaan jaotella esimerkiksi hyvän- ja pahanlaatuisiksi. Hyvälaatuinen kasvain kasvaa hitaasti ja on paikallinen. Pahanlaatuinen kasvain leviää ja sen kasvu on yleensä nopeampaa. (Isola & Kallioniemi 2013, 10.)

Syöpään sairastuminen alle 40-vuotiailla on harvinaista, mutta sairastavuusriski kasvaa iän myötä. Vuonna 2009 naisilla todetuista uusista syövästä 43 % oli sukuelimissä tai

rinnassa. Miesten syöivistä 31 % oli eturauhassyöpää. (Pukkala ym. 2011, 37.) Yli 50-vuoden ikä nostaa riskiä syöpään sairastumiseen. Sairastuneiden keski-ikä on 67- vuotta (Sankila 2013, 31.) Vuonna 2009 kuoleman syistä 22,7 % oli kasvaintauteja (Sankila 2013, 32). Vuosittain syöpään kuolee noin 11 000 suomalaista. Kuviossa 2 näkyy eri syöpien kuolleisuus määrät vuonna 2009. (Pukkala ym. 2011, 28, 30.)



KUVIO 2. Syöpäkuolemien määrät Suomessa vuonna 2009 (Pukkala ym. 2011, 29).

Vaikka syöpää esiintyy entistä enemmän, on kuolemien määrä vähentynyt. Miehet kuolevat naisia useammin, koska he sairastavat enemmän keuhkosityöpää, joka on huonoennusteinen syöpä. (Sankila 2013, 31, 32.)

### 3.2 DNR- päätös

DNR ”do not resuscitate” on lääketieteellinen päätös elvyttämättä jättämisestä. Se kielittää paineluelvytyksen sekä sydämen sähköisen käynnistämisen, silloin kun sydän pysähtyy. Potilaalle voidaan tehdä DNR- päätös, kun hänen perussairautensa ovat vaikeita ja kun elvytyksestä tuskin olisi apua. (Valvira 2008.)



Päätöstä tehtäessä otetaan huomioon potilaan sairauden ennuste ja potilaan vointi sekä arvioidaan onko elvytyksestä enemmän hyötyä vai haittaa. Päätöksen elvyttämättä jättämisestä tekee aina lääkäri ja siitä on keskusteltava potilaan kanssa. Lääkäri ja hoitaja keskustelevat myös omaisten kanssa, jos potilas on antanut luvan. (Valvira 2008.)

Omaisten kanssa keskustellaan ja päätetään potilaan hoidosta, jos potilas ei itse pysty ilmaisemaan omia mielipiteitään. Potilaalle ja omaisille on tärkeää kertoa, että DNR-päätös ei vaikuta muuhun hoitoon, vaan hoito jatkuu edelleen. Potilasasiakirjoihin merkitään DNR- päätös, kuka tai ketkä sen ovat tehneet, miksi se on tehty ja potilaan tai omaisten kannanotto asiaan ja heidän kanssaan käyty keskustelu. Potilas tai omaiset eivät pysty kumoamaan päätöstä, jos se on lääketieteellisesti perusteltu. Saattohoitopäätös sisältää DNR- päätöksen, mutta se voidaan kirjata myös erikseen. (Valvira 2008.)

DNR- päätös ei ole irrallinen päätös, vaan se kuuluu kokonaisvaltaiseen potilaan sairauden arviointiin. DNR- päätös on potilaslain mukaan määriteltävä riittävän tarkasti ja mistä elvytys- ja aktiivihoidoista ollaan luopumassa. Aktiivisesta hoidosta siirtyminen oireita lievittävään hoitoon on potilaalle sopivaksi suunniteltua lääketieteellistä hoitoa. (Hannikainen 2008, 17- 18.)

Elvytyspäätöstä tehtäessä tulee ottaa huomioon kokonaistilanne potilaan ja omaisten kannalta. DNR- päätös ei saa vaikuttaa potilaan muihin hoitoihin ja hänen omaa tahtoaan tulee kunnioittaa kaikissa tilanteissa. Sairauskertomuksessa DNR- päätös tulee lukea yksiselitteisesti lääkärin kirjaamana ja kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia DNR- päätöksestä. Myös muut mahdolliset hoitoon liittyvät rajoitukset täytyy olla merkittynä selkeästi. DNR- päätöstä ei anneta puhelimitse, paitsi joissain erityistilanteissa. (Ikola 2007, 136- 137.)

Hännisen (2006) mukaan DNR- merkintää pidetään useissa sairaaloissa eräänä loppuvaiheen elämän hoidon perustana. Merkinnän tarkoituksena on, ettei kuolevaa potilasta rasieta hyödyttömillä hoidoilla tai tutkimuksilla. Ongelma on, että DNR- päätöksen sisällöllinen merkitys ei tarkoita kaikille ammattihenkilöille samaa. DNR- päätöksen voidaan katsoa pitävän sisällään luopumista paineluelvytyksestä ja hengityskoneeseen kytkemisestä. Muita hoitoja saatetaan jatkaa ja esimerkiksi sähköinen rytminsiirto sallitaan. DNR- päätös voi toisinaan tarkoittaa, että kaikesta aktiivisesta hoidosta luovutaan. DNR- päätökseen tulisi kirjata ohjeet siitä, mitä päätös kyseisessä hoitopaikassa tarkoittaa.

taa ja kuvailla potilaan ja omaisten kanssa käyty keskustelu. Näin potilasta pystytään hoitamaan mahdollisimman hyvin hänen toivomallaan tavalla. (Hänninen 2006, 50- 51.)

Hoidon linjauksista ja hoitopäätöksistä tulee keskustella potilaan ja omaisten kanssa ja ne kirjataan sairauskertomukseen. Päätöksenteossa kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, asemaa ja oikeuksia. Potilaan täytyy saada osallistua päätöksentekoon. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös vaikeuttaa oireiden lievitystä, potilaan itsemääräämisoikeutta ja omaisten valmistautumista läheisensä kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito- suositus 2012.)

### **3.3 Hoitotahto**

Hoitotahto on asiakirja, missä ihminen ilmaisee sen, kuinka hän toivoo hoitonsa menevän, kun hän ei pysty sitä itse enää ilmaisemaan. Siinä voidaan kieltää sellaisia toimenpiteitä, mitkä pitkittävät kärsimystä ja heikentävät elämänlaatua. Hoitotahtoon voi lisätä myös erityistoiveita ja nimetä henkilön, joka saa osallistua hoitopäätösten tekoon. Hoitotahdon voi kirjoittaa valmiiseen pohjaan, joita ovat tehneet esimerkiksi Terveystietokeskus ja Hyvinvoinnin laitos, Muistiliitto ja sairaanhoitopiirit. Hoitotahdon voi myös kirjoittaa itse. (Halila 2011.)

Hoitotahto helpottaa omaisten ahdistusta ja lääkäreiden työtä, jos potilas ei pysty enää ilmaisemaan itseään selkeästi. Hoitotahto voidaan tehdä kirjallisesti ja siihen kirjoitetaan päiväys ja henkilön allekirjoitus. Kirjallinen hoitotahto voidaan laittaa talteen potilasasiakirjoihin tai henkilö voi kuljettaa sitä mukanaan. Kirjalliseen hoitotahtoon voidaan liittää myös kahden perheeseen kuulumattoman todistajan allekirjoitus, mutta hoitotahto on voimassa ilman niitäkin. Suullinen hoitotahto kirjataan potilastietojärjestelmään ja jos mahdollista pyydetään henkilön allekirjoitus. Kansaneläkelaitoksen (Kela) hallinnoimaan sähköiseen terveydenhuollon sairauskertomusarkistoon KanTaan on nyt myös mahdollista päivittää oma hoitotahto. (Halila & Mustajoki 2015.)

Potilas tuntee oman tilansa parhaiten ja on oman sairastamisensa asiantuntija. Hoitotahto on vakaa tahdonilmaisu, jonka potilas tekee tilanteen varalta, jossa hän ei ole itse kykeneväinen ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahtoa on nimitetty myös hoitotestamentiksi.

Hoitotahtoa pidetään yleisluontoisena toiveena potilaan hoidosta, jota lääkäri soveltaa parhaalla mahdollisella tavalla käytäntöön. (Grönlund & Huhtinen 2011, 21- 22.)

Hoitotahto sitoo oikeudellisesti, mutta ongelmana on, ettei siihen pystytä kirjaamaan kaikkia mahdollisia hoitotoimia, joita voitaisiin tarvita, koska sairauden vaiheita ei voida ennakoida niin tarkkaan. Ongelmaksi koetaan, että tieto tehdystä hoitotahdosta ei kulje hoitopisteiden ja päivystyksen välillä. Huonokuntoisen potilaan hoitotahdon ilmaisua ei voida arvioida kunnolla. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi silloin, kun potilas on lievästi dementoitunut tai psyykkisesti sairas. (Grönlund & Huhtinen 2011, 21- 22.)

Hoitotahtoa noudatetaan tilanteissa, joihin se soveltuu. Se on henkilön oma yksilöllinen ratkaisu ja siksi sitä on kunnioitettava. Lääkäri voi sivuuttaa hoitotahdon vain, jos hänellä on vahva peruste, että hoitotahto ei ole pätevä. Hoitotahdon voi peruuttaa suullisesti, kirjallisesti, hävittämällä dokumentin tai tekemällä uuden hoitotahdon. Terveystieteiden ammattihenkilön täytyy huolehtia potilasasiakirjoihin kirjaaminen, jos potilas suullisesti ilmaisee hoitotahtonsa tai peruuttaa sen. (ETENE 2004, 9.)

Suurin osa potilaista haluaisi keskustella lääkärin kanssa elvytyspäätöksestä, mutta eivät ota sitä silti puheeksi. Lääkäreillä asian käsittely jää pois ajanpuutteen ja aiheen arkaluonteisuuden takia. Hoitotahdosta puhuminen on haastavaa lääkärille. Tilanne vaatii keskittymistä ja siinä on oltava läsnä. Hoitopäätös pitäisi aina tehdä yhdessä potilaan kanssa, mutta se edellyttää, että potilas ymmärtää vaihtoehtojen seuraukset. (Flygar 2008, 2767- 2768.)

Hildenin ym. (2004) tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että hoitajat suhtautuvat lääkäreitä positiivisemmin ja kunnioittavammin hoitotahtoon. Suurin osa hoitajista pitää tehtäväänään puhua lääkärille hoitotahdosta. Hoitajista 44 % ajatteli, että aktiivinen hoito jatkuu liian pitkään. Suurimmaksi ongelmaksi hoitajat kokivat DNR- päätöksen tekemisessä sen, että omaisten kanssa on epäselvyyksiä ja potilaan ennustetta on vaikea arvioida. (Hilden ym. 2004, 1, 171.)

Kuolemasta ja vaikeasta tautiennusteesta keskustelu torjutaan helposti. Jos lääketieteellisesti potilaalle ei ole perusteltua antaa hoitoa, ei hän voi sitä vaatia. Potilaan hoitotahto ja hoitolinjaus olisi hyvä selvittää etukäteen. Lääkäri ja potilas pyrkivät yhteisesti teh-

tyyn päätökseen hoidon linjauksista. Lääkärin tehtävä on selvittää potilaalle avoimesti sairauden ennuste ja hoitovaihtoehdot. Lääkärillä on hyvä olla käsitys myös potilaan omasta arvomaailmasta ja toiveista. Äkillisessä tilanteessa, missä potilas ei pysty ilmaimaan omaa tahtoaan, on toimittava potilaan todennäköisimmän tahdon mukaisesti. Potilaan omaisilta saadaan tietoa potilaan toiveista ja siihen tarvitaan luottamuksellinen suhde lääkärin kanssa. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin... 2010, 14.)

### **3.4 Palliatiivinen hoito ja saattohoito**

Palliatiivinen hoito on lähestymistapa, joka parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua, kun potilaalla on parantumaton sairaus. Hoidolla pyritään tuomaan helpotusta kärsimykseen kivun ja muiden oireiden tunnistamisella ja arvioinnilla. Hoito on kokonaisvaltaista ja sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen. Kuolemaa pidetään luonnollisena osana elämää. Palliatiivisessa hoidossa potilaalle tarjotaan psykologista ja hengellistä tukea, helpotusta kipuun ja muihin ahdistaviin oireisiin sekä pyritään tukemaan potilaan omatoimista elämää niin pitkään kuin mahdollista. Palliatiivisessa hoidossa autetaan läheisiä selviytymään ja tuetaan heitä. (Worldwide palliative care alliance 2014, 5.)

Lääketiede on kehittynyt pitkälle ja se on mahdollistanut entistä vaikeampien sairauksien hoidon. Lääketieteen kehittyminen näkyy myös siinä, että parantumattomienkin potilaiden elinaikaa on pystytty pitkittämään. Joskus kuolevaa potilasta raskitetaan hänelle turhilla tutkimuksilla tai hoidoilla, mikä vain aiheuttaa kärsimystä. Hoito on perustetonta, jos se ei tuota hyötyä potilaalle ja kuolema on ilmiselvää hoidosta huolimatta. Silloin hoidoista on luovuttava ja aloitettava oireenmukainen hoito, jonka tavoitteena on antaa potilaan elää loppuelämä ilman vaikeita oireita ja kipuja yhdessä läheistensä kanssa. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin... 2010, 13.)

Temelin ym. (2010) tutkimuksessa osoitettiin, että palliatiivisesta hoidosta sai parempia tuloksia kuin aktiivisesta syöpähoidosta elämän laadun suhteen. Pian diagnoosin saamisen jälkeen aloitettu palliatiivinen hoito ennusti parempaa elämänlaatua, kuin aktiivisen syöpähoidossa olevan potilaan. Masennusoireita esiintyi palliatiivisen hoidon potilaista 16 %:lla ja aktiivisen hoidon potilaista 38 %:lla. Elinaika oli palliatiivisen hoidon potilailla tutkimuksessa keskimäärin 11,6 kuukautta ja aktiivisen hoidon potilailla 8,9 kuu-

kautta. Kivuliaasta ja vaikeaoireisesta saattohoidosta kärsi palliatiivisen hoidon potilasta 33 % ja aktiivisen syöpähoidon hoidon potilaista 54 %. (Temel ym. 2010, 733.)

Oikea aika hoitolinjauskeskustelulle on päätettävä yksilöllisesti. Esimerkiksi levinneen syövän hoitoa aloitettaessa on hyvä keskustella voiko sairautta parantaa vai saadaanko hoidoilla vain lisää aikaa. Potilas saattaa saada tästä toivoa, mikä on tärkeää pitkän ennusteen taudeissa. Palliatiivinen hoitolinjaus on potilaalle ja omaisille prosessi, minkä hyväksyminen voi viedä aikaa. Asiasta tulisi keskustella vähitellen potilaan kanssa. Nopeasti etenevät syövät ovat haaste, koska sopeutumiseen jää vähemmän aikaa. (Hietanen, 2011, 24.)

Hietasen mukaan lääkärin nonverbaalinen viestintä sekä kiireetön ja rauhallinen ympäristö ovat tärkeitä hoitolinjauskeskustelussa. Lääkärillä pitää olla itselleen selvänä palliatiivisen hoitolinjauksen asianmukaisuus, jolloin se tuo varmuutta potilaallekin. Hoitolinjauksen teossa kokemus on tärkeää, joten se olisi hyvä olla seniorilääkärin vastuulla ainakin konsultaation kautta. Tueksi saatetaan tarvita myös hoitotiimin ja lääkäreiden yhteispäätöstä. (Hietanen, 2011, 23.)

Kuolemanpelko on inhimillinen tunne sekä potilaalle että lääkärille. Syöpään kohdistuvan hoidon tehon loppuminen merkitsee viestiä lähestyvistä kuolemasta eli elämästä luopumisesta. Se on suurin asia, minkä ihminen joutuu toiselle kertomaan. (Hietanen, 2011, 23.)

Seowin ym.(2014) tutkimus kohdentui kuvaamaan palliatiivista hoitoa saavien potilaiden käyntejä ensiavun vastaanotolla kahden viimeisen viikon aikana elämästään ja heille koituneita sairaalakuolemien määriä. Vertailuryhmänä olivat tavallista hoitoa saavat potilaat. Potilaita hoiti palliatiivinen hoitotiimi, johon kuului sairaanhoitajia, palliatiivisen hoidon lääkäreitä ja perhelääkäreitä, jotka hoitivat potilaita heidän kotonaan. Tiimin tehtävänä oli hoitaa oireita, tarjota opetusta ja hoitoa, koordinoida palveluja ja olla tavoitettavissa vuorokauden ympäri. Palliatiivisen hoidon potilaista sairaalassa joutui olemaan 31,2 % ja tavallisen hoidon potilaista 39,3 %. Ensiavun vastaanotolla joutui palliatiivisen hoidon potilaista käymään 28,9 % ja tavallisen hoidon potilaista 34,5 %. Tutkimuksen johtopäätöksenä esitettiin, että palliatiivinen hoito vähensi akuuttihoitoon käyntejä ja sairaalakuolemia. (Seow ym. 2014.)

Syöpähoidoilla tavoitteena on hyvä elämänlaatu. Palliatiivisessa hoidossa aktiivisista syöpähoidoista siirrytään kuitenkin vähitellen saattohoitoon. Lääkäri tekee hoitopäätökset yhdessä potilaan kanssa. Hoitopäätökseen vaikuttavat lääketieteellinen sairaus, sen vaihe, oireet ja ennuste. Lisäksi on punnittava hoitojen hyötyjä ja haittoja. Potilaan ja omaisten toiveet ja odotukset pitää ottaa huomioon. Potilaiden tiedontarpeet vaihtelevat, mutta on tärkeää että potilas tietää sairaudestaan ja mahdollisista hoitovaihtoehtoista sen verran, että pystyy olemaan mukana hoitopäätöksen tekemisessä. Jos potilas kieltäytyy hoidoista, hänen päätöstään kunnioitetaan ja arvostetaan. Autetaan potilasta selviytymään arjen asioiden, kipujen, pelkojen, ihmissuhteiden ja lähestyvän kuoleman kanssa. (Tiirinen 2010, 296.)

Saattohoitopäätöstä tehdessä käydään potilaan kanssa läpi myös neste- ja ravitsemushoidon ja tutkimusten tarve ja hyöty. Hoitolinjaukset tehdään potilaan tarpeet huomioiden. Potilaan mielipiteet otetaan huomioon arjen järjestelyissä, sairauden kokemuksista, peloista ja hoitoon liittyvistä toiveista. Hoitoneuvotteluissa käydyt päätökset kirjataan selkeästi, niin, että ajankohtainen tieto on saatavilla. Neuvottelussa tehdyillä päätöksillä on vaikutusta esimerkiksi päivystystilanteissa tehtäviin ratkaisuihin. Saattohoitopäätökseen siirtyminen on yksilöllistä potilaasta riippuen ja se saattaa myöhästyä, koska keskustelun aloittaminen tuntuu vaikealta. Usein saattohoito on siinä vaiheessa potilaalle paras mahdollinen lääketieteellinen hoitovaihtoehto. (ETENE 2004, 10- 11.)

Jokaisella kuolevalla on oikeus hyvään hoitoon. Saattohoitopäätös auttaa potilasta ja hänen omaisiaan valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Hoitohenkilökunta pystyy keskittymään oireiden kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. Saattohoitoa toteutetaan perusterveydenhuollon yksiköissä, erikoistuneissa kotihoidon yksiköissä sekä saattohoitokodeissa. Erikoissairaanhoito on luotu ensisijaisesti tarjoamaan kuratiivista hoitoa akuutisti sairastuneille. Kroonisten pitkäaikaissairauksien loppuvaiheessa potilaita kuolee kuitenkin myös akuuttivuodeosastoilla. Tällöin potilaan siirto toiseen yksikköön ei ole aina mahdollista, eikä eettisesti hyväksyttävää, jos kuolema on jo lähellä. Hyvä saattohoito on jokaisen kuolevan oikeus hoitopaikasta riippumatta. (Lehto, Mustonen, Vinkaharju & Pessa 2011, 3046- 3047.)

Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian vuodeosastoilla selvitettiin kuolleiden potilaiden viimeisten päivien hoitoa vuonna 2009. Kuolleita oli yhteensä 110. DNR- päätös oli kirjattuna noin kahdelle kolmasosalle. Palliatiivista tai saattohoi-

toa koskeva päätös oli kirjattu vain 6 %:lle potilaista. Hoitolinjauskeskustelu potilaan tai omaisen kanssa oli kirjattu 37 %:lle potilaista. Laboratoriokokeita otettiin viimeisten päivien aikana 86 %:lta potilaista, joilla oli DNR- päätös. Kokeista ei ole haittaa, mutta se siirtää huomiota potilaan oireista ja omaisten kohtaamisesta. (Lehto ym. 2011, 3046-3047.)

DNR- päätös saatetaan tulkita saattohoitopäätöksen synonyymiksi ja näiden toisiinsa sekoittaminen voi johtaa väärin kohdennettuun hoitoon. Elvytyskielto ei ole este kuratiiviseen hoitoon. Saattohoitopäätöksen jälkeen keskitytään kokonaisvaltaiseen hoitoon, eikä laboratorioarvojen korjaamiseen, ellei se vaikuta potilaan vointiin välittömästi. Hoitolinjauksien epäselvyys voi aiheuttaa sen, että kuratiivista hoitoa jatketaan, vaikka kuolema on lähellä. Ilman saattohoitopäätöstä saattohoitokulttuuri jää muodostumatta. (Lehto ym. 2011, 3046- 3047.)

Salinin ja Thulinin (2010, 26 -27) opinnäytetyössä haastateltiin hoitajia ja heidän valmiuksiaan keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitajien valmiuteen kuolemasta keskusteluun vaikutti eniten työkokemus, mutta lisäksi myös työyhteisön tuki, työnohjaus ja koulutukset. Varsinkin työuransa alussa olevat hoitajat olivat arkoja keskustelemaan kuolemasta, joten he oppivat vanhemmilta kollegoiltaan toimintatapoja käsitellä kuolemaa potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Omahoitajuus lisäsi valmiuksia puhua kuolemasta sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Pääosin hoitajat pitivät valmiuksiaan hyvinä. (Salin & Thulin 2010, 26 -27.)

Hoitajien mielestä oman potilaan kanssa oli helpompi aloittaa keskustelu kuolemasta ja he olivat myös huomanneet, että potilaskin pystyi avautumaan paremmin tutulle hoitajalle. Osa hoitajista ajattelee, että läheisten kanssa keskustelu on vaikeampaa, koska läheiset saattavat torjua vakavan sairauden. Hoitajat odottavat usein aloitetta itse potilaalta tai omaisilta, koska silloin he osoittavat olevansa valmiita keskusteluun. Tällöin keskustelut olivat onnistuneita. Vanhempien potilaiden kanssa koettiin keskustelu helpommaksi, kuin nuorien, joilla saattoi olla pieniä lapsia. (Salin & Thulin 2010, 27 -28.)

Hoitajat olivat sitä mieltä, että syöpäpotilaan hoitotyön aito kiinnostus edellyttää myös kiinnostusta kuolevan potilaan hoitotyöhön. Ammattitaidon kehittyessä hoitajat kuvasivat heille kasvavan ”tuntosarvet”, joilla he pystyivät tunnistamaan potilaan halun keskusteluun. Ilmeiden ja eleiden tunnistaminen kuului myös tähän. Tärkeää potilaan ja

omaisten kanssa toimimisessa oli ajan antaminen, kunnioittaminen ja välittäminen. Hiljaisuuskin koettiin tärkeänä läsnäolossa. (Salin & Thulin 2010, 29 -30.)

Lääkärin ja hoitajan oma persoonallisuus korostuu elämän loppuvaiheen kohtaamisessa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Lähestyvän kuoleman kohtaamiseen vaikuttaa se, millainen suhde työntekijällä itsellään on kuolemaan. Kohtaamisen taidot kehittyvät kokemuksen kautta, mutta myös opiskellen vuorovaikutustaitoja. Koulutusta ja työnohjausta tulisi lisätä. Lääkärin on oltava potilaan tukena myös elämän loppuvaiheessa ja kuoleman jälkeen tulee ottaa huomioon omaiset. Sovituista hoitolinjoista on pidettävä kiinni ja lääkäri antaa selkeät kirjalliset ohjeet hoitohenkilökunnalle. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin... 2010, 13.)

Saattohoitopäätöksen jälkeen sairaanhoitaja pystyy asettautumaan selkeämmin potilaan ja omaisten tueksi sekä hyödyntämään osaamistaan. Sairaanhoitaja välttää rutiininomaisuutta ja pyrkii työskentelemään kokonaisvaltaisesti potilaan parhaaksi. Kun saattohoitopäätös on tehty, sairaanhoitajan on helppoa ja selkeää antaa tukensa omaisille ja potilaalle. Se myös tuo helpotusta sairaanhoitajan kokemaan ristiriitaan siitä, että potilaalle annetaan hoitoja, vaikka hän ei enää hyödy niistä. Potilaan ja omaisten kanssa keskustellaan hoitopaikasta, omaisten osallistumisesta hoitoon, potilaan hoitotoiveista ja tunteista sekä ajatuksista. Hoidossa korostuu läsnäolo ja kuuntelu. Hoitotyön suunnitelmaan on tärkeää kirjata merkittävät asiat, jotta hoidon jatkuvuus säilyy. Suositeltavaa olisi, että potilaalla on omahoitaja. Potilasta tuetaan hoitamaan itseään ja asioitaan, kun hänen kuntonsa vielä mahdollistaa sen. Fyysiset oireet vaikuttavat vahvasti potilaan elämänlaatuun, siksi hoitajan täytyy arvioida oirehoitoa. (Hänninen & Anttonen 2008, 25 -26.)

Syöpää sairastavan potilaan kohtaaminen voi olla ammattilaisellekin haastavaa. Sairaanhoitajan koulutus antaa perusvalmiudet hoitotyöhön, mutta kokemus tuo varmuutta ja auttaa potilaan ja omaisten kohtaamisessa. Sairaanhoitajan tärkeitä ominaisuuksia ovat persoonallisuus, inhimillisyys, empaattisuus, vuorovaikutustaidot, läsnäolo ja aitous. Jokaista kohtaamista tulee pitää ainutlaatuisena eikä vastauksia kaikkeen tarvitse olla. Syöpäpotilaan kokemaan olemassa olevaan ahdistukseen auttaa hoitokeinona yleensä keskustelu. Sairaanhoitajan tulee miettiä myös omia tunteitaan ja ottaa vastuu niistä. Säännöllisesti järjestettävä työnohjaus on tärkeää. (Viitala 2014, 36 -37.)



## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKODAT

### 4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tulokset pyritään löytämään ilman tilastollisia tai määrällisiä menetelmiä käyttäen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei yleistetä asioita vaan tarkoituksena on kuvata ja antaa mielekäs tulkinta asiasta. Siinä tutkitaan yksittäistä ilmiötä, jolle yritetään saada uusi tapa ymmärtää sitä. Tutkimus on kuvailevaa ja siinä ollaan kiinnostuneita ihmisten antamista merkityksistä asioille kokemuksien ja näkemyksien kautta. Päättelyn logiikka on edetä yksittäisistä havainnoinneista tuloksiin. (Kananen, 2008, 24- 25.)

Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää ja se pyrkii tutkimaan asiaa kokonaisvaltaisesti. Siinä ei välttämättä tutkita jo todettuja väittämiä vaan yritetään löytää tosiasioita ja tavoitteena on paljastaa jotain odottamatonta. Aineistoa pidetään ainutlaatuisena. Kohdejoukko on tarkasti valittu. Tutkimussuunnitelman tulee olla joustava ja sitä muutetaan tarvittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.)

Laadullisella tutkimuksella on omat traditionsa sosiologiassa, psykologiassa, kasvatustieteissä ja antropologiassa. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin yhteisiäkin piirteitä. Tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja sitä toteutetaan luonnollisessa tilanteessa. Tiedon keruuseen käytetään ihmistä, koska ihminen pystyy joustamaan vaihtelevissa tilanteissa. Tutkijan täytyy luottaa omiin havaintoihinsa. Aineiston keruun menetelmissä tärkeää on, että tutkittavien näkökulmat pääsevät esiin esimerkiksi teemahaastattelussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 158-160.)

Laadullisen tutkimuksen prosessi ei ole etukäteen selkeästi jäsennettävissä vaan ratkaisut koskien tutkimustehtäviä ja aineiston keruumenetelmiä muokkautuvat vähitellen. Tutkija yrittää päästä tutkittavien näkemykseen sisään ja ymmärtää sitä. Tutkija pystyy myös kehittymään työn edetessä. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirre on joustavuus ja kehittyminen tutkimuksen edetessä. Tutkimustehtävät täsmentyvät koko prosessin ajan. (Kiviniemi 2007, 70 -71.)

Laadullisessa tutkimuksessa perehdytään tutkimuskenttään ja ollaan kiinnostuneita ihmisten ajattelutavasta ja näkökulmasta. Aineistonkeruu ja tutkimusmenetelmät muokautuvat tutkimusprosessin aikana. Keruumenetelmä voi tapahtua pitkälläkin aikajaksolla. (Kiviniemi 2007, 76- 77.) Käytin opinnäytetyössäni laadullista menetelmää, koska olin kiinnostunut hoitajien kokemuksista ja heidän kokemuksilleen antamista merkityksistä. Aihe sopi hyvin laadulliseen menetelmään kokemusten kuvaamisen vuoksi.

## 4.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä haastattelemalla, havainnoimalla, kyselyllä tai dokumentteihin perustuvalla tiedolla. Aineiston keruumenetelmiä voidaan käyttää yksinään, yhdessä tai eri tavoin yhdistettynä riippuen tutkimuksen aiheesta sekä resursseista. Kun halutaan tietää miksi ihminen toimii tietyllä tavalla tai mitä hän ajattelee, tehdään kysely tai haastattelu. Kysely määritellään sellaiseksi tiedonkeruumenetelmäksi, jossa osallistujat täyttävät itse kyselylomakkeen ryhmätilanteessa tai kotonaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71,72.)

Kyselytutkimuksen voi jakaa kahteen muotoon posti- ja verkkokyselyyn tai kontrolloituun kyselyyn, joka jaetaan vielä informoituun ja henkilökohtaiseen kyselyyn. Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti jonnekin paikkaan, missä on suunnitelman mukainen kohdejoukko. Lomakkeita viedessä tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta ja kyselystä sekä vastaa kysymyksiin. Vastaajat täyttävät kyselyn omalla ajallaan ja palauttavat ne esimerkiksi johonkin sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 191- 192.)

Kysymysten muotoiluun käytetään yleensä kolmea eri muotoa joita ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin perustuva kysymystyyppi. Avoimessa kysymyksessä on vain kysymys ja tyhjä kohta vastaamista varten. Avoimen kysymyksen käyttäminen antaa vastaajalle mahdollisuuden vastata, mitä hän todella ajattelee ja siitä voi tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja vastaajan viitekehyksiä. Toisaalta vastausten sisältö voi olla erittäin kirjavaa. (Hirsjärvi 2007, 193, 196.)

Keräsin aineistoa kyselylomakkeella, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Siihen vastasivat osastolla työskentelevät perushoitajat, lähihoitajat tai sairaanhoitajat. Vein osastolle 35

kappaletta auki olevia kirjekuoria, jotka sisälsivät saatteen (Liite 1) ja kyselylomakkeen (Liite 2). Kun hoitaja oli vastannut kyselylomakkeeseen, hän pystyi laittamaan lomakkeen takaisin kirjekuoreen ja sulkemaan sen. Suljetut ja vastatut kirjekuoret palautettiin pahviseen vastauslaatikkoon, joka oli taukotilassa. Vastaamisaikaa oli kaksi viikkoa. Tähän aineistonkeruumenetelmään päädyttiin, koska työelämän edustajat halusivat mahdollisimman monen hoitajan vastaavan kyselyyn.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Analyysi on aineiston lajittelua ja tiedon muokkaamista. Tarkoituksena on järjestää aineistoa niin, että sen takaa nähtäisiin ilmiö ja sen rakenne. Sisällönanalyysissa voidaan erottaa sisällön analyysi ja sisällön erittely. Analyysillä kuvataan analyysiä sanallisesti yleisessä muodossaan. Yritetään tuottaa ilmiöstä selkeä sanallinen kuvaus, joka vaatii tiivistämistä ja uutta muotoa. (Kananen 2008, 88, 94.)

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa tai se voi olla osa kokonaismetodia. Useimmat analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysissä on tärkeää aluksi päättää, mikä on tärkeä ja kiinnostava ilmiö, mitä aineistosta haluaa tuoda ilmi. Ilmiö pitää olla tarpeeksi rajattu, mutta siitä selvitetään kaikki mahdollinen. Sisällönanalyysiin valitaan asiat, jotka ilmenevät tutkimuksen tavoitteista, tarkoituksesta ja tehtävistä. Muut kiinnostavat asiat pitää jättää seuraavaan tutkimukseen, jos ne eivät vastaa tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91- 93.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta. Ensimmäinen on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Aineisto voi olla esimerkiksi auki kirjoitettu haastatteluaineisto tai dokumentti. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä ja sen ohjaamana tekstistä haetaan olennaiset ilmaukset. Käytännössä sen voi tehdä esimerkiksi niin, että alleviivaa erivärisillä kynillä tutkimustehtäviin vastaavat ilmaukset. Sen jälkeen pelkistetyt alleviivatut ilmaukset listataan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108- 110.)

Aluksi on tärkeää perehtyä kunnolla aineistoon ja lukea se monta kertaa läpi. Auki kirjoituksen jälkeen tehdään analyysiyksiköiden määrittely, joka voi olla sana, lause tai lauseista muodostunut kokonaisuus. Aineisto muodostuu tutkijalle vähitellen. Luokkia yhdistelemällä voidaan nostaa aineiston yleistettävyytasoa. (Kananen 2008, 94- 95.)

Aloitin sisällön analyysin lukemalla hoitajilta saadut vastauslomakkeet useaan kertaan läpi. Lukemalla pystyin tutustumaan sisältöön. Sen jälkeen palasin tutkimustehtäviin ja etsin niihin vastauksia. Tutkimustehtäviin sopivat alkuperäisilmaukset alleviivasin värikynällä, jonka jälkeen kirjoitin ne erikseen ylös ja aloitin pelkistyksen. Taulukossa 1 on esimerkki miten alkuperäisilmauksesta saadaan pelkistetty ilmaus.

TAULUKKO 1. Esimerkki pelkistyksestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
”Lääkärit haluavat usein parantaa potilaan viimeiseen asti, vaikka tutkimusten ja kuvantamisten jälkeen mitään ei ole enää tehtävissä.”	Potilaan parantaminen viimeiseen asti

Toinen vaihe on klusterointi eli ryhmittely. Siinä pelkistetyt ilmaukset käydään läpi ja etsitään yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset yhdistetään luokaksi ja se nimetään. Nimi kuvaa luokan sisältöä. Luokkia sanotaan alaluokiksi ja niitä edelleen yhdistellään ryhmiksi, jolloin saadaan yläluokkia. Yläluokat yhdistetään pääluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108- 110.)

Kun olin kirjoittanut pelkistykset listalle, tulostin ja leikkasin jokaisen pelkistyksen omaksi lapuksi. Tämä helpotti pelkistysten yhdistelemistä. Taulukossa 2 on esimerkki miten pelkistetyistä ilmauksista saadaan muodostettua alaluokka.

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokan muodostamisesta.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
DNR- päätös tarkoittaa eri asiaa eri osastoilla DNR- päätös on osa palliatiivista hoitoa DNR- päätös on vain elvytyskielto	DNR- päätöksen erilaiset merkitykset

Kolmas vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Klusterointi on myös osa tätä vaihetta. Abstrahoinnissa erotetaan oleellinen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Kielellisistä ilmauksista edetään siis teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointi jatkuu yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin aineistoa on siihen. Sisällönanalyysi vaatii tulkintaa ja päättelystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.)

Alaluokista muodostettiin yläluokkia ja yläluokista vielä pääluokat. Taulukoissa 3 ja 4 on näistä esimerkit. Kokonaisuudessaan sisällön analyysistä muodostui taulukko, jossa näkyvät pelkistykset, alaluokat, yläluokat ja pääluokat.

TAULUKKO 3. Esimerkki yläluokan muodostamisesta.

Alaluokat	Yläluokka
Potilaan ja omaisten kohtaaminen Oireenmukaiseen hoitoon keskittyminen Psyykkisen tuen antaminen Selkeä hoitotyö	DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä

TAULUKKO 4. Esimerkki pääluokan muodostamisesta.

Yläluokat	Pääluokka
DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä  Ristiriidat DNR- päätöksessä	DNR- päätöksen tekeminen

Sisällön analyysissa tunnistetaan väittämiä, mitkä ilmaisevat jotain tutkimuskohteesta. Se perustuu induktiiviseen päättelyyn eli yksittäisistä asioista muodostetaan suurempia kokonaisuuksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 22, 113.)

## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan DNR- päätöksestä. Opinnäytetyö toteutettiin osastolla, jossa on syöpää sairastavia potilaita ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat lähihoitajia, perushoitajia tai sairaanhoitajia. Vastauksia saatiin 19 kappaletta. Aineistosta etsittiin vastauksia opinnäytetyön tehtäviin ja analysoitiin sisällön analyysillä (liite 3). Yhdistäväksi luokaksi saatiin hoitajien kokemukset DNR- päätöksestä. Pääluokiksi muodostuivat DNR- päätöksen tekeminen ja DNR- päätöksen kehittämisehdotukset.

### 5.1 DNR- päätöksen tekeminen

DNR- päätöksen tekeminen koostui yläluokista DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä ja ristiriidat DNR- päätöksessä.

#### 5.1.1 DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä

Kyselylomakkeen vastauksista tuli esille, että hoitajat pitivät tärkeänä, että potilaalla oli hoitolinjaus selvillä. DNR- päätöstä pidettiin myös tärkeänä, kun potilaan vointi oli huono ja sairaus eteni. DNR- päätös selkeytti hoitolinjaa. DNR- päätöksen ja hoitolinjauksen koettiin myös helpottavan hoitotyötä, koska silloin oli selkeät hoito-ohjeet miten toimittiin esimerkiksi, jos potilas meni elottomaksi. Ristiriita huonokuntoisen potilaan aktiivisesta hoitamisesta poistui, eikä potilaalle tarvinnut tehdä turhia tutkimuksia tai toimenpiteitä. DNR- päätös salli potilaalle hyvän kuoleman.

*DNR- päätöksen tekeminen on usein helpottavaa, koska kun päätös on tehty, ei hoitajan tarvitse miettiä mitä mahdollisen elvytystilanteen tullen täytyy tehdä. DNR- päätöksen tekeminen siis selkeyttää hoitolinjaa.*

*DNR- päätös on vaikea päätös, mutta helpottaa hoitotyön ratkaisuihin.*

*Kun päätös on tehtynä potilas tiedostaa tilanteensa ja tietää missä mennään ja saa keskittyä hyvään loppuelämään ilman aktiivihoidoja.*

Hoitajat kokivat pystyvänsä keskittymään paremmin oireenmukaiseen hoitoon ja antamaan potilaalle psyykkistä tukea. Läsnaoloon ja potilaan kuulemiseen annettiin enemmän aikaa.

*Potilaan hoito on selkeämpää, kun on hoitolinjaukset tehty. Epävarmuus vähenee, on aikaa enemmän potilaalle henkiseen tukemiseen ja eettisesti tietää tekevänsä oikein.*

*Hoitajan näkökulmasta DNR- päätös tuo eräänlaisen helpotuksen. Potilas on saanut realistisen kuvan sairauden tilasta, vaikka se usein saattaakin tulla ”puun takaa”. Hoitaja voi keskittyä enemmän potilaan henkiseen tukemiseen.*

*Hoitajan on helpompi jutella potilaan kanssa kuolemasta, kun DNR- päätös on tehty.*

Hoitajat kokivat, että heidän oli helpompi kohdata potilas ja omaiset, kun DNR- päätös oli tehty. Tällöin potilas ja omaiset tiesivät sairauden tilanteen. Hoitajien mielestä potilaskin pystyi keskittymään hyvään loppuelämään, kun päätös oli tehty.

*Voi puhua asioista niiden oikealla nimellä. Uskaltaa mainita sanan kuolema ja jopa puhua siitä potilaan kanssa, jos vain potilas on vielä tajuisaan. Sallitaan potilaalle hyvä kuolema. On helpompi lähestyä omaisia, puhua heidän kanssaan.*

### **5.1.2 Ristiriidat DNR- päätöksessä**

DNR- päätökseen liittyi ristiriitaisia näkemyksiä. Hoitajien mukaan lääkäreillä ja hoitajilla oli erilainen näkemys, mitä DNR- päätös tarkoitti ja sisälsi. Myös eri osastoilla oli erilaisia käytäntöjä, mitä DNR- päätös tarkoitti. Hoitajat pääsääntöisesti ajattelivat DNR- päätöksen liittyvään palliatiiviseen hoitoon, kun taas lääkärit saattoivat käsittää sen vain elvytyskieltona.

*...nyt uudet päivystäjät miettivät osastolle tullessa, mitä DNR täällä merkitsee. Tiedonkulku pätkii.*

*Hoitaja usein ajattelee, että DNR- päätös on yhtä kuin palliatiivinen hoito. Keskitytään potilaan oireiden mukaiseen hoitoon. Lääkäri käsittää asian usein vain elvytyskieltona.*

DNR- päätöksestä keskustelussa oli puutteita. Hoitajat kokivat, että puheeksi ottaminen tuli heidän tai potilaan ja omaisten puolelta. Osassa vastauksissa kuitenkin ilmeni, että lääkäri teki aloitteen keskustelulle.

*Silloin kun DNR- päätöstä ollaan tekemässä, lääkäri juttelee potilaan ja omaisten kanssa.*

Keskustelun sisältö kuitenkin jäi puutteelliseksi, koska keskustelu käytiin hyvin pikaisesti, perustelematta ja epäselvästi. Potilaan ja omaisten kanssa keskusteltiin liian myöhään. DNR- päätös saattoi tällöin tulla yllätyksenä potilaalle ja omaisille. Välillä DNR- päätöksestä ei keskusteltu lainkaan. Syiksi kerrottiin, että lääkäreillä ei ollut aikaa ja keskustelun avaukseen oli korkea kynnyks. Muutamissa vastauksissa oltiin sitä mieltä, että keskusteluja käytiin ja hoitoneuvotteluita pidettiin.

*DNR- päätöksestä keskustellaan, mutta joskus liian hätäisesti, ei perustella tarpeeksi hyvin, mitä se tarkoittaa käytännössä ja aina ei ole läheinen paikalla.*

*Keskustellaan, mutta aivan liian myöhään. Sitten vasta, kun ”kaikki” on kokeiltu.*

Vastauksista tuli vahvasti esille, että DNR- päätös tehtiin liian myöhään. Potilas saattoi olla jo erittäin huonossa kunnossa, kun päätös tehtiin.

*Yleensä päätös tehdään siinä vaiheessa, kun potilas on jo vuodepotilas, kipulääkkeetovat ja kuolema lähellä. Eli liian myöhään ja silloinkin usein hoitajan erillisestä pyynnöstä.*



*DNR- päätöksiä ei tehdä tarpeeksi aikaisessa vaiheessa, vaan viimeiseen asti pimitetään, kunnes viimeisillä hetkillä saatetaan tehdä. Potilaille usein annetaan liikaa toivoa ja päätös DNR: n tekemisestä tulee omaisille ja potilaalle usein shokkina ja yllätyksenä.*

Hoitajat joutuivat usein itse pyytämään potilaalle DNR- päätöstä tai ehdottamaan sitä. Ongelmallisena koettiin, että öisin ja viikonloppuisin jouduttiin pyytämään DNR- päätöstä päivystävältä lääkäriltä, joka ei tuntenut potilasta. Päätös saattoi siirtyä vielä päivääkaan, kun hoitava lääkäri oli paikalla. Jos päätöstä ei ollut tehtynä ja potilas meni elottomaksi, aloitettiin elvytys. Elvytysryhmän lääkäri saattoi kuitenkin keskeyttää elvytyksen nähtyään sairauskertomuksen, jossa oli pitkälle levinnyt syöpä.

*...kuitenkin tehon lääkäri lopettaa elvyttämisen pian nähtyään potilaan sairauskertomuksen.*

*Hoitaja usein itse ottaa esille DNR- päätöksen teon potilaalle. Se harvoin lähtee lääkäristä itseltä. DNR- päätös kuuluu hoitavalle lääkärille, mutta usein sitä joudutaan pyytämään päivystävältä lääkäriltä.*

Hoitajien mielestä aktiivinen hoito jatkui liian pitkään. Potilaille ei ollut aina tehty hoitolinjausta, mikä vaikeutti potilaan kohtaamista. Hoitajat eivät halunneet antaa väärää toivoa potilaalle, mutta oli vaikea tietää mitä voi sanoa. Potilasta yritettiin parantaa viimeiseen asti, mikä johti ylihoitamiseen.

*Jos päätöstä ei ole tehty potilas voidaan elvyttää ja mahdolliset haitat koi-  
tuvat suuremmiksi kuin hyödyt. Eli potilaan kärsimykset kasvavat.*

*Kun selkeää linjausta ei tehdä, on hoitajan erittäin vaikea tietää, miten  
potilaan kanssa puhutaan. Hoitaja haluaa olla rehellinen potilaalleen.*

*Hoitajat taas pystyvät hyväksymään tilanteen helpommin ja ymmärtävät,  
että loppuvaiheessa monet tutkimukset ja verinäytteet ym. ovat turhia ja  
tuottavat vain kärsimystä potilaalle.*

Hoitajilla oli mielestään hyväksyvämpi asenne DNR- päätökseen ja saattohoitoon kuin lääkäreillä. He olisivat myös aiemmin valmiita tekemään DNR- päätöksen potilaalle. Hoitajat pystyivät mielestään arvioimaan potilaan vointia syvällisemmin, kuin lääkärit. Lääkäri näkee potilaan vain pikaisesti, eikä tiedä silloin todellista tilannetta.

*Usein lääkärit eivät näe potilasta niin huonossa kunnossa, että tekisivät DNR: n.*

*Joskus tuntuu, että hoitaja näkee potilaan todellisen tilanteen aikaisemmin ja realistisemmin, kuin lääkäri.*

*Hoitajat olisivat usein aiemmin valmiita tekemään DNR- päätöksen kuin lääkärit. Päätös on kuitenkin lääkärin, eikä hoitaja voi siihen suoraan vaikuttaa.*

Hoitotahtoa ei huomioitu riittävästi hoitajien kokemusten mukaan. Käytännössä se ilmeni niin, että hoitotahtoa ei kysytty, sitä ei kirjattu tai potilas suostuteltiin hoitoihin hoitotahdon vastaisesti. Myöskään potilaat eivät itse esittäneet hoitotahtoa. Joskus DNR- päätös tai hoitotahto oli kumottu.

*Potilaan hoitotahtoa ei mielestäni huomioida riittävästi. Sitä ei välttämättä ole kunnolla kirjattu tai sitten siitä ei välitetä.*

*Välillä on potilaan hoitotahto lääkärin toimesta kumottu tai potilas on yli- puhuttu.*

## **5.2 DNR- päätöksen kehittämisehdotukset**

DNR- päätöksen kehittämisehdotukset muodostuivat yläluokista DNR- päätös ja hoitolinjaus. Hoitajat pitivät tärkeänä, että DNR- päätöstä tehtäessä myös hoitolinjan pitää olla selvillä.

### 5.2.1 DNR- päätös

Vastauksissa toivottiin parannusta DNR- päätöksen tekemiseen. Hoitajat halusivat, että päätös tehtäisiin huomattavasti aiemmin. Päätöksen tekijän pitäisi olla mielellään hoitava lääkäri, joka tuntee potilaan. Päätös pitäisi olla valmiiksi tehtynä yö-, ilta- ja viikonloppuvuoroihin sekä kun potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan. Päätös pitäisi tehdä, kun potilas on tajuissaan ja ymmärtää sen.

*DNR- päätös tulisi tehdä aikaisemmin kuin nyt.*

*Viikonloppujen päivystävät lääkärit ja muu henkilökunta toivoo, että asiat mietitään selkeiksi viikonloppuja ja öitä varten. On kurja ja mahdoton alkaa akuuttilhetkessä ratkomaan ns. hoitolinjaa.*

Kun DNR- päätös on tehty, se pitää olla pysyvä ja kirjata selkeästi potilastietojärjestelmään kaikkien nähtäväksi.

*... sekä tehdä päätökset ajoissa ja pysyä niissä.*

*DNR tulisi olla aina merkittynä.*

*Päätökset tulisi kirjata aiemmin ylös.*

Hoitoneuvotteluita pitäisi järjestää enemmän ja säännöllisesti. Aina kun tehdään DNR- päätös, pitäisi järjestää hoitoneuvottelu. Potilaalle täytyy antaa myös tilaa mielipiteelleen ja toimia hänen kanssaan yhteisymmärryksessä.

*DNR- päätöksen tekohetkellä pitäisi käydä hoitoneuvottelu, jossa mukana potilasta eniten hoitanut lääkäri ja hoitaja, potilas ja joku omainen, läheinen ainakin.*

Tietoa pitäisi antaa potilaalle ja omaisille ja heille pitäisi kertoa, mitä DNR- päätös ja palliatiivinen hoito tarkoittavat. Potilaan täytyisi myös saada kuulla totuus sairautensa tilasta ja antaa realistinen kuva paranemisesta. DNR- päätöstä tehtäessä täytyisi myös

keskustella, mitä hoitoja potilaalle vielä annetaan, onko tarpeen esimerkiksi suonensisäinen nesteytys ja ravitseminen.

*Lääkäreiden tulisi rohkeammin tehdä DNR- päätöksiä, eikä antaa turhaa toivoa. Se kuuluu arvokkaaseen saattohoitoon ja kuolemaan. Myös hoitajien mielipiteet tulisi huomioida.*

*... lääkärit ottaisivat myös hoitajan näkökulman huomioon päätöstä harkitessaan ja hoitajien tulisi voida kertoa mielipiteensä avoimemmin.*

*Potilaalla on oikeus tietää sairautensa todellinen tilanne riittävän ajoissa. Näin potilaalla olisi aikaa valmistautua asiaan ja keskustella asiasta omaistenkin kanssa.*

### 5.2.2 Hoitolinjaus

DNR- päätöksen rinnalle toivottiin myös hoitolinjauksen tekemistä. Aktiivista hoitoa tulisi arvioida tarkemmin, kenelle sitä annetaan, ovatko hyödyt suurempia kuin haitat ja miten hoidot vaikuttavat potilaan elämänlaatuun.

*Aktiivisten hoitojen hyötyjä ja haittoja tulisi arvioida tarkemmin.*

Palliatiivista hoitoa voitaisiin tuoda myös aktiivihoidojen rinnalle. Silloin palliatiivisen hoidon suunnitelma pystyttäisiin aloittamaan tarpeeksi ajoissa. Potilaalle ja omaisille pitäisi kertoa palliatiivisesta hoidosta aikaisemmassa vaiheessa, että he voisivat miettiä asiaa rauhassa.

*DNR- päätös on toki loppuvaiheen päätös, tärkeämpää olisi aiemmin ja selkeästi kuljettaa palliatiivista hoitoa aktiivisten hoitojen rinnalla, koska usein tiedetään että hoito ei paranna, voi kyllä jarruttaa.*

*Hoitolinjoja mietittäessä tulisi kaikille myös kertoa palliatiivisesta hoidosta.*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka on hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, jota pidetään koko prosessin ajan. Yhteiset pelisäännöt koskevat tutkimuksen tekijää, kollegoita, tutkimuskohdetta, rahoittajia, toimeksiantajia ja suurta yleisöä. Hyvä tieteellinen käytäntö koskee eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Menetelmät ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Tutkimuksen lähteet ovat esimerkiksi oman alan tieteellisestä kirjallisuudesta ja ammattikirjallisuudesta. Tutkimusmenetelmät, tiedonhankinta ja tutkimustulokset vaativat johdonmukaista hallintaa. Tutkija on rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössään ja tulosten esittämisessä. (Vilkkä 2005, 29,30.)

Tutkijan pitää miettiä eettisiä kysymyksiä liittyen aiheen valintaan, tutkimusmenetelmien valintaan ja tutkimuksen tavoitteisiin. Aiheen valinnassa huomio pitäisi kiinnittyä aiheen hyödynnettävyyteen kehittymisen ja yhteiskunnan kannalta. Tutkimusmenetelmät riippuvat tutkimustehtävistä ja tutkimusotteesta. Tutkimuksen tavoitteet tulevat aihevalinnan kautta. Tutkimuksessa ei vääristellä tai sivuuteta asioita, vaikka tutkimuksen tulokset eivät miellyttäisi toimeksiantajaa. Tutkimuksessa halutaan aina löytää ja kertoa totuus. (Kananen 2008, 133- 134.)

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa luotettavaa tietoa. Luotettavuutta arvioidaan tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödynnettävyyden takia. Sitä voidaan arvioida yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127- 128.)

Tutkimusaineiston analyysissa täytyy ottaa huomioon koko kerätty aineisto, joka vastaa tutkimustehtävään. Analyysi täytyy tehdä tieteellisesti luotettavasti. Tutkimuksen tulokset julkaistaan, koska se on tieteen kehittymisen edellytys. Tuloksissa vääristymä voi johtua ennakoasenteista tai odotuksista, joita tutkijalla on. Tutkija ei tätä välttämättä itse huomaa, mutta on tärkeää tunnistaa omat ennakoasenteet, jotta ne eivät pääsisi vaikuttamaan tutkimustuloksiin. Tähän kannattaa hyödyntää esimerkiksi tutkijaryhmää, jolle antaa työ käsikirjoitusvaiheessa luettavaksi. (Leino- Kilpi & Välimäki 2014, 370-371.)

Olen huomionut opinnäytetyön tekemisessä tutkimusetiikan ja toiminut sen mukaan. Aluksi minulle oli tärkeää tutustua aiheeseen kunnolla kirjallisuuden avulla. Käyttämäni lähteet ovat luotettavia ja ajantasaisia. Olen pyrkinyt monipuoliseen lähdemateriaaliin ja käyttänyt kirjallisuutta, artikkeleita, tutkimuksia ja ulkomaisia lähteitä. Lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti. Aineiston keruussa kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä ja palautettiin suljetussa kirjekuoressa palautuslaatikkoon. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Kaikki kuoret olivat kiinni, kun hain ne. Vastauslomakkeet ovat olleet ainoastaan minun käsiteltävänäni. Opinnäytetyön valmistuttua vastaukset on hävitetty asianmukaisesti. Käytin aineiston analysoimisessa sisällön analyysiä, koska se on yleisimmin käytetty menetelmä. Olen opiskellut sisällön analyysiä metodiopintojen kurssilla sekä kirjallisuudesta. Tulokset olen esittänyt rehellisesti ja pyrkinyt tuomaan esiin totuuden. Kuitenkin luotettavuuden osalta tulee ottaa huomioon kokemattomuus, sillä tämä oli ensimmäinen tutkimusmetodeihin perustuva opinnäytetyöni. Käytin tulosten yhteydessä paljon lainauksia aineistosta, koska ne kuvasivat hyvin hoitajien kokemuksia ja lukija pystyy saamaan paremman käsityksen tuloksista. Lainauksista ei voi kuitenkaan tunnistaa suoraan ketään. Olen antanut työni luettavaksi ohjaavalle opettajalleni ja käynyt hänen ohjauksessaan työn eri vaiheissa.

## 6.2 Tulosten pohdinta

Mielestäni tulokset vastasivat opinnäytetyöni tehtäviin. Kyselylomakkeen vastauksia oli mielenkiintoista lukea ja vastauksia oli 19, mikä oli paljon. Se oli aikaa vievää, mutta olen tyytyväinen vastausten määrään ja tarpeeksi laajoihin vastauksiin. Kyselylomake olisi saanut olla tiiviimpi ja sisältää vähemmän kysymyksiä. Aineistossa oli paljon selailaista, mikä ei vastannut tutkimustehtäviäni, joten en voinut hyödyntää kaikkea tietoa tässä työssä. Tuloksista saatiin tietoa hoitajien kokemuksista DNR- päätökseen liittyen ja ilmeni, että DNR- päätöksen tekemiseen liittyy paljon puutteita. Tuloksissa on myös hoitajien kehittämisohjeita DNR- päätöksen tekemiseen. Opinnäytetyö vastasi tavoitteeseen, koska tästä saatujen tulosten avulla on mahdollista kehittää syöpäpotilaan hoitotyötä osastolla.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi samoja asioita kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joihin olen työssäni viitannut. Hoitajat olivat sitä mieltä, että heillä on myönteisempi asenne hoitotahtoon ja DNR- päätökseen kuin lääkäreillä. Hoitajat olisivat olleet aikai-

semmin valmiita tekemään potilaalle DNR- päätöksen. Hildenin ym. (2004) tutkimuksessa hoitajat kokivat aktiivisen hoidon jatkuvan liian pitkään ja ottivat itse hoitotahdon puheeksi. Hoitajilla oli hyväksyvämpi asenne hoitotahtoon. (Hilden ym. 2004, 1.) Opin- näytetyön tulosten mukaan hoitajien mielestä olisi tärkeää arvioida tarkemmin aktiivi- hoitojen hyötyjä ja haittoja ja kenelle niitä kannattaa antaa. Temelin ym. (2010) tutki- muksessa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan elämänlaatu oli monilta osin parem- pi, kuin aktiivista hoitoa saavan potilaan. Palliatiivista hoitoa saava potilas kärsi vä- hemmän esimerkiksi masennuksesta ja kivuista. (Temel 2010.) Opin- näytetyön tuloksis- sa hoitajat kokivat ongelmalliseksi hoitoneuvotteluiden vähäisyyden ja DNR- päätöksen tekemisen ilman kunnollista keskustelua potilaan ja omaisten kanssa. Lehdon ym. (2011) tutkimuksessa kartoitettiin Hyvinkään sairaalassa vuonna 2009 kuolleiden poti- laiden viimeisten päivien hoitoa. Hoitolinjauskeskustelu oli kirjattu 37 % potilaista ja DNR- päätös oli kirjattu kahdelle kolmasosalle. Potilastietoihin vain 6 % oli kirjattuna palliatiivinen hoito tai saattohoito. (Lehto ym. 2011, 3046- 3047.)

### **6.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset**

Tuloksissa korostui DNR- päätöksen tärkeys hoitotyössä. DNR- päätös tehtiin hoitajien mielestä liian myöhään. Palliatiivinen hoito alkoi liian myöhään, koska huonokuntoisia potilaita hoidettiin aktiivisesti ja yritettiin parantaa loppuun asti. DNR- päätöksen sisäl- löllisessä merkityksessä oli ristiriitoja. Päätöksestä keskusteltiin liian vähän.

Tavoitteena oli lisätä tietoa DNR- päätöksestä hoitotyössä ja kehittää syöpäpotilaan hoi- totyötä. Tulosten perusteella syöpäpotilaan hoitotyötä voidaan kehittää esimerkiksi jär- jestämällä enemmän hoitoneuvotteluita. Hoitoneuvottelussa olisi paikalla ainakin poti- las, omainen, omahoitaja ja lääkäri. Keskustelemalla päästäisiin yhteisymmärrykseen ja potilaan tiedonsaanti varmistettaisiin. Aina kun potilaan hoitolinjauksia muutetaan tai tehdään DNR- päätös, pitäisi pitää hoitoneuvottelu. Hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä pitäisi parantaa. Hoitajat eivät mielestään saa tuotua mielipidettään tarpeeksi esiin tai sitä ei huomioida. Yhteistyötä voisi kehittää esimerkiksi yhteisessä palaverissa, jossa asia tuotaisiin esille. Palaverissa olisi hyvä myös selventää mitä DNR- päätös osastolla tarkoittaa ja missä vaiheessa se pääsääntöisesti olisi hyvä tehdä.

Jatkotutkimusehdotuksenani olisi kuvata lääkäreiden kokemuksia DNR- päätöksestä. Ainoastaan lääkärit saavat tehdä potilaalle DNR- päätöksen ja hoitajat olivat tässä työssä vahvasti sitä mieltä, että lääkärit ovat myöhässä DNR- päätöksen tekemisessä. Hoitajien mukaan hoitajien ja lääkäreiden näkemykset eroavat paljon. Olisi mielenkiintoista tietää, mikä on lääkäreiden näkökulma asiaan ja verrata hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä.

#### **6.4 Opinnäytetyön prosessin pohdinta**

Aloitin opinnäytetyön tekemisen loppuvuodesta 2014. Silloin valitsin aiheen, koska se kiinnosti minua. Aiheen kiinnostukseen vaikutti, että olin ollut harjoitteluissa syöpää sairastavien potilaiden osastoilla ja kohdannut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaita.

Työelämäpalaveri pidettiin marraskuun lopulla ja siellä aihe selkiytyi. Aloitin tiedonhaun ja keskityin aluksi käsitteiden määrittämiseen, jonka jälkeen etsin erilaisia tutkimuksia DNR- päätöksestä hoitotyössä. Aluksi lähteiden löytäminen oli hiukan hankalaa ja osallistuin koulun kirjastossa pidettävään tiedonhaun pajaan. Sen jälkeen löysin hyviä lähteitä, mitkä sopivat työhöni. Työelämän edustaja kutsui minut heille pidettyyn seminaariin, missä aiheena oli palliatiivinen hoito. Sain seminaarista paljon tietoa ja se vahvisti mielenkiintoani aihetta kohtaan ja pohjusti tietämystäni aiheesta. Alkuvuodesta 2015 tein opinnäytetyön suunnitelman ja hain tutkimuslupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Tutkimusluvan saatuaani maaliskuussa, aloitin aineiston hankinnan. Kävin osastolla, jonne opinnäytetyö tehtiin kertomassa etukäteen työstäni ja kyselylomakkeesta. Kyselylomake oli osastolla täytettävissä kaksi viikkoa. Hoitajat vaikuttivat motivoituneilta täyttämään tekemääni kyselyä, koska vastausten määrä oli suuri. Minusta tuntui, että he kokivat tämän aiheen tärkeänä ja myös vastauksista päättelin samaa.

Olen koko prosessin ajan ollut kiinnostunut aiheesta. Palliatiivisessa ja saattohoidossa on Suomessa paljon kehitettävää, joten minusta on tuntunut, että teen opinnäytetyötäni erittäin tärkeästä ja pinnalla olevasta aiheesta. Alkuperäisessä suunnitelmassani aikataulun suhteen en pysynyt, koska en osannut arvioida, kuinka paljon aikaa työ vei. En ha-



lunnut kiirehtiä opinnäytetyön tekemisessä, koska silloin en olisi saanut tehtyä yhtä huolellista työtä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut minulle hyvin opettava prosessi. Yksin työskentely on ollut sekä raskasta että vapauttavaa. Välillä oli hetkiä, jolloin olisi kaivannut parin mielipidettä ja näin pystynyt jakamaan työtaakkaa. Kaikki asiat on pitänyt selvittää itse ja se on tuonut enemmän vastuuta. Toisaalta olen saanut tehdä kaikki opinnäytetyöhön liittyvät päätökset itse. Olen myös pystynyt suunnittelemaan omien aikataulujen mukaan, milloin ja missä teen työtä. Työstä on minulle hyötyä tulevassa ammatissani sairaanhoitajana sekä muutenkin tulevissa kirjallisissa töissä.

## LÄHTEET

ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2004. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisuja 8.

Flygar, M. 2008. Hoitotahto- kenen tahto? Suomen lääkäri-lehti 35/2008 vsk 63. 2767-2768.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita prima.

Halila, R. 2011. Hoitotahto toiveiden ja arvojen välittäjänä. Palliatiivinen hoito. Toukokuu 2011. 4-6.

Halila, R. & Mustajoki, P. 2015. Lääkärikirja Duodecim. Lääkärin tietokannat. Luettu 15.10.2015. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Hannikainen, P. 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (Toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hietanen, P. 2011. Hoitolinjaukseskustelun kuormittavuus. Palliatiivinen hoito. Jouluku 2011. 23-24.

Hilden, H, Louhiala, P, Honkasalo, M & Palo, J. 2004. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. Nursing ethics 11 (2) 165-178.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Hänninen, J. (Toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Anttonen, M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (Toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Ikola, K. 2007. Elvytyksen etikkaa ja elvytyspäätökset. Teoksessa Ikola, K. (Toim.) Elvytys ja elvytetyn hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isola, J & Kallioniemi, A. 2013. Kasvainsairauksien määritelmä ja jaottelu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkö, S., Kouri, M & Teppo, L. (Toim.) 5. painos. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teorialat ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työ-

- ryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 18.12.2014.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käyvän hoidon potilasversiot. Riikola, T. & Hänninen, J. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 18.12.2014.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: Juva.
- Lehto, J., Mustonen, L., Vinkaharju, A. & Pessa, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalas-  
sa saattohoitopäätöksiä? Suomen lääkirilehti. 41/2011 vsk 66. 3046- 3047.
- Leino- Kilpi & Välimäki. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma pro oy.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. 2010. 2. painos. Saatto-  
hoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta.
- Pukkala, Sankila & Rautalahti. 2011. Syöpä Suomessa 2011. Suomen syöpäyhdistyksen  
julkaisuja nro 82. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys.
- Seow, H., Brazil, K., Sussman, J., Pereira, J., Marshall, D., Austin, P., Husain, A.,  
Rangrej, J. & Barbera, L. 2014. Impact of community based, specialist palliative care  
teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital  
deaths: a pooled analysis. BMJ. Luettu 19.1.2015.  
<http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g3496.full.pdf>
- Salin, S & Thulin, J. 2010. Hoitajien valmiudet keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja  
hänen läheistensä kanssa. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.  
Opinnäytetyö.
- Sankila, R. 2013. Syövän yleisyys ja syöpäkuolleisuus. Teoksessa Joensuu, H., Roberts,  
P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkio, S., Kouri, M & Teppo, L. (Toim.) 5. painos.  
Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Temel, J, M.D, Greer, J, Ph.D, Muzikansky, A, M.A, Gallagher, E, R.N, Admane, S,  
M.B, B.S, M.P.H, Jackson V, M.D, M.P.H, Dahlin, C, A.P.N, Blinderman, C, M.D,  
Jacobsen, J, M.D, Pirl, W, M.D, M.P.H, Billings, J, M.D, Lynch, T & M.D. 2010. Early  
palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. The new England  
journal of medicine. 2010;363: 733-742.
- Tiirinen, S. 2010. Syöpäpotilaan päätöksenteon tukeminen. Teoksessa Mustajoki, M,  
Alila, A, Matilainen, E & Rasimus, M. (Toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 5. painos.  
Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Tuomi & Sarajärvi. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valvira. 2008. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). Luettu 15.10.2015.  
[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-  
ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/paatos\\_elvyttamatta\\_jattamisesta](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-<br/>ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta)

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi: Helsinki.

Viitala, A. 2014. Yhteistyötä syöpäpotilaan parhaaksi. Sairaanhoitaja. 87 (4), 32-37.)

Worldwide palliative care alliance. 2014. Global atlas of palliative care at the end of life.

## LIITTEET

### Liite 1. Saate

#### SAATE

Hei,

Olen Jessica Heikkilä ja opiskelen viimeistä vuottani sairaanhoitajaksi Tampereen ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni aihe on syöpäpotilaan DNR- päätös hoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia DNR- päätöksestä ja saadun tiedon avulla kehittää syöpäpotilaan hoitotyötä.

Kerään aineistoa avoimella kyselylomakkeella osastollanne työskenteleviltä hoitajilta. Pyydän teitä vastaamaan kysymyksiin tarpeeksi laajasti. Vastauksenne palautetaan nimettöminä. Vastauksianne käsittelen ainoastaan minä ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Vastaamisaikaa on 31.3.2015 asti. Vastaukset palautetaan taukotilassa olevaan pahviinseen laatikkoon, jossa lukee vastauslomakkeet.

Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin Jessica Heikkilä ([jessica.heikkila@health.tamk.fi](mailto:jessica.heikkila@health.tamk.fi))

## Liite 2. Kyselylomake

Millaisia kokemuksia sinulla on DNR- päätöksestä?

Keskustellaanko DNR- päätöksestä tai hoitotahdosta potilaan ja omaisten kanssa?

Miten DNR- päätös vaikuttaa potilaan hoitoon potilaan näkökulmasta?

Miten DNR- päätös vaikuttaa potilaan hoitoon hoitajan näkökulmasta?

Eroavatko lääkärin ja hoitajan näkemykset DNR- päätöksen tekemisestä ja miten?

Onko DNR- päätöksiä tekemisessä parannettavaa? Miten sitä voitaisiin kehittää?

## Liite 3. Sisällön analyysi

TAULUKKO 5. Hoitajien kokemukset DNR- päätöksestä.

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Selkeä hoitotyö Oireenmukaiseen hoitoon keskittyminen Psyykkisen tuen antaminen Potilaan ja omaisten kohtaaminen	DNR- päätöksen merkitys hoitotyössä	DNR- päätöksen tekeminen
DNR- päätöksen erilaiset merkitykset DNR- päätöksestä keskustelu Hoitoneuvotteluiden puute Myöhäinen DNR- päätös Hoitolinjan puuttuminen Ylihoitaminen Turhan toivon ylläpitäminen Hoitajien ja lääkäreiden eroavat näkemykset DNR- päätöksen ja hoitotahdon huomioimattomuus	Ristiriidat DNR- päätöksessä	
DNR- päätöksen ajoittaminen DNR- päätöksen pitävyys DNR- päätöksen kirjaaminen Hoitoneuvottelu Potilaan kanssa keskustelu Potilaan huomiointi Hoitajan mielipiteen huomiointi	DNR- päätös	DNR- päätöksen kehittämis- ehdotukset
Aktiivisen hoidon arviointi Palliatiivinen hoito	Hoitolinjaus	